Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Tętniak tętnicy głównej.

Przewlekłe krwawienie płucne. Ropień z zachłystywania się. Gruźlica okołooskrzelowa płuca lewego i zwyrodnienia włókniste płuc i opłucnej naśladujące niedodmę uciskową górnego płatu płuca lewego.

Jako przypadek kazuistyczny podał

Dr. Ludomił Korczyński,

I. asystent kliniki lek.

Coraz liczniej mnożące się opisy kazuistyczne tętniaków aorty piersiowej, tak skrzętnie spisywane w rocznikach Schmidta[1]) niewiele przyczyniły się w ostatnich czasach do dalszego rozjaśnienia patogenezy tętniaków. Aż do obecnej chwili o pierwszeństwo walczą zwolennicy teoryi zapalnej ze zwolennikami teoryi mechanicznej. Pierwszą reprezentuje Recklinghausen, drugą Köster, pośrednie stanowisko zajmuje Thoma. Wpływ kiły na powstawanie tętniaków tętnicy głównej, znany już z czasów Ambrozyusza Parego wyjaśniony zosłał statystyką Lancereauxa i Langenbecka.

[1]) Schmalz; Schmidt's Jahrbücher T. 233. 238.

Ogłaszając więc obecnie przypadek tętniaka aorty trzeba mieć potemu pewne usprawiedliwienie, że się rozjaśnia stanowisko etyologiczne, przyczynia do rozstrzygnięcia sporu co do patogenezy i zmian anatomicznych, lub trzymając się kierunku ściśle klinicznego wykazuje się trudności w rozpoznaniu lub błędy rozpoznawcze w tym celu, aby ich uniknąć w podobnych przypadkach lub innych od popełniania ich ustrzedz.

Stanowisko ściśle kliniczne zamierzam zachować w opisie przypadku, który właśnie ze względu na rozpoznanie tak samej choroby, jakoteż jej ustępstw nastręcza uwagi ogólniejszej przyrody.

Jak wiadomo, rozpoznanie tętniaka aorty opiera się albo na objawach bezpośrednich, dotykowych, wypukowych i przysłuchowych, odnoszących się do narządu krążenia, albo też na objawach pośrednich, które są następstwem mechanicznego wpływu tętniaka na narządy sąsiednie i zwą się z tego powodu objawami uciskowymi, lub też wreszcie na obecności objawów jednego i drugiego rodzaju.

Jakość objawów zależy przedewszystkiem od umiejscowienia tętniaka. W większości przypadków, gdzie tętniak powiększa się ku przodowi i skutkiem swego usadowienia staje się wprost dostępnym badaniu, przeważają objawy bezpośrednie; w mniejszej daleko liczbie przypadków rozpoznanie wyłącznie tylko na objawach pośrednich opierać musimy. Objawy uciskowe nigdy jednak nie mogą mieć bezwzględnej wartości rozpoznawczej, gdyż są wspólne wielu zmianom chorobowym w śródpiersiu; należą tu: obrzęki gruczołów, nowotwory, zwyrodnienia włókniste i t. p. Ztąd wynikają nieraz bardzo znaczne trudności rozpoznawcze, które niekiedy dopiero dalszy przebieg rozjaśnia a przydarza się nie rzadko, że właściwej istoty choroby aż do śmiertelnego zejścia na pewne określić nie podobna. Na takie ciemne pod względem rozpoznania przypadki rzuca niekiedy światło badanie wziernikowe dróg oddechowych, o ile wykaże tętniące wypuklenie ściany tchawicy. Na pilną uwagę i rozważne ocenienie zasłu-

gują także krwotoki oskrzelowe, które zwiemy krwotokami zwiastunowymi (*praemonitorische Blutungen*). Im siedziba anatomiczna tętniaka aorty jest więcej skryta, tem rozpoznanie bywa trudniejsze. Dotyczy to przedewszyskiem tętniaków wychodzących z wklęsłej powierzchni łuku aorty i tętniaków części zstępującej tętnicy głównej, która w swym przebiegu w dół i ku tyłowi więcej niż którykolwiek inny odcinek aorty oddaloną jest od ścian klatki piersiowej.

Jeden z takich właśnie przypadków mieliśmy sposobność spostrzegać w Listopadzie 1894. w klinice lekarskiej prof. Korczyńskiego.

J. A., lat 48 liczący, nauczyciel szkoły ludowej, przyjęty do kliniki 1. Listopada 1894. Wywiady obok dziedzicznego obciążenia gruźlicą wykazują, że chory przebywał za młodu zimnicę z torem czwartaczkowym, która kilka razy wracała. Zresztą ważniejszych chorób miał nie przechodzić. Co do kiły, twierdził stanowczo, że jej nie przebywał. Przed 8-u laty miał doznawać bólów w stawach i mięśniach kończyn górnych. Przed dwoma laty nabawił się zapalenia płuc i opłucnej po stronie prawej a choroba ta trwać miała około czterech miesięcy. Po przebyciu jej już nie odzyskał dawnych sił i jakkolwiek zajmował się wypełnianiem swych obowiązków, czuł zawsze pewne osłabienie i znużenie. Na wiosnę, w Kwietniu lub z początkiem Maja 1894. zapadł powtórnie na zapalenie płuc i opłucnej, tym razem po stronie lewej i od tej chwili, pomimo ustąpienia po kilku tygodniach ostrych objawów choroby, czuł się stale nie zdrów, miewał kaszel, duszność, czasami dreszcze i poty. Od tego też czasu doznawał bólów w barku i ramieniu lewem, które występując napadowo rozszerzały się ku łopatce i ku przedniej części klatki piersiowej. Przypisywał je powrotowi dawnego reumatyzmu w następstwie niedawno odbytego leczenia według metody Kneippa. W dniu 11. Września, po lekcyi śpiewu dostał nagle chrypki, duszność wzmogła się, kaszel stał się częstszy i bardziej męczący a z plwociną odkrztuszał chory znaczną ilość krwi. Równocześnie prawie powiększyły się bóle rwące w kończynie górnej lewej, wraz z uczuciem trętwienia i mrowienia. W dalszym ciągu przypadłości te wzmagały się coraz bardziej, chrypka stała się większą, mówienie wymagało wysiłku i sprawiało duszność a wkrótce

potem spostrzegł pewną trudność w łykaniu, zwłaszcza pokarmów płynnych. W okolicy serca pojawiały się od czasu do czasu bóle przeszywające, bardzo dla chorego przykre.

Stan chorego w chwili przyjęcia był następujący: Odżywianie podupadłe, skóra i błony śluzowe blade. Ramię lewe szczuplejsze niż prawe. Splot nerwów ramieniowych tak nad obojczykiem jak i pnie nerwowe w dalszym przebiegu na kończynie lewej przy ucisku bolesne. Przy poruszaniu ramienia ból, który chory umiejscawia w pasze i okolicy nadobojczykowej.

Klatka piersiowa dość długa, płaska. W okolicy uczepienia II. lewego żebra do mostka ledwie tylko przy skośnem oświetleniu słabo widoczne wstrząśnienie skurczowe, dotykaniem nie dające się stwierdzić. Ruchomość klatki piersiowej po stronie lewej mała, w części górnej prawie zupełnie zniesiona; przestwory międzyżebrowe po tejże stronie więcej napięte, bolesne. Wypuk po stronie lewej z przodu od szczytu do górnego brzegu 3. żebra wyraźnie przytłumiony, z tyłu po stronie lewej przytłumienie sięga do grzebienia łopatki, poniżej odgłos mniej pełny, bębenkowy do kąta łopatki, ztąd aż do dołu znów przytłumiony; po stronie prawej wypuk prawidłowy. Po stronie lewej w szczycie wdechu prawie nie słychać, wydech słabo słyszalny; z przodu nierówne, drobne i średnie rzężenia dźwięczne; w częściach dolnych tak po lewej jak po prawej stronie objawy nieżytu znacznego stopnia (rzężenia nierównobańkowe, furczenia i gwizdy wyraźniejsze i głośniejsze po stronie prawej).

Uderzenie końca serca słabo wyczuwalne w 5. przestworze międzyżebrowym, nieco na zewnątrz od sutka; w dołku podsercowym słabe wstrząśnienie. Stłumienie serca niepowiększzone. W okolicy uczepienia 2. lewego żebra nad mostkiem ograniczone przytłumienie odgłosu wypukowego, przechodzące ku stronie lewej w stłumienie na lewej stronie klatki piersiowej powyżej opisane. Tony nad komorami głuche, nad tętnicą główną 2-gi ton dźwięczny, 1-szy głuchy. Nad tętnicami dogłowowemi rozkurczowy głośny ton, pierwszy ton niesłyszalny. Tętnice obwodowe wskazują na miernego stopnia miażdżycę. Tętno sprychowe po stronie lewej cokolwiek słabsze aniżeli po prawej, co tak dotykiem sprawdzić, jakoteż sfigmogramem uwidocznić można. Liczba tętna 120.

Śledziona macalna miękka, miernie bolesna; zresztą narządy brzuszne prawidłowe. Mocz prawidłowy. Chory dość

często kaszle, kaszel przeważnie krótki, głuchy, męczący; odkrztuszanie trudne. Plwocina jednostajnie krwawa, bardzo lepka i tak ciągnąca się, że z trudnością ze spluwaczki wydobyć ją można; ilości jej około 100 cm.³ na dobę.

Badanie krtani wykazuje niedowład lewej struny głosowej małego stopnia; tchawica prawidłowa.

Stan podgorączkowy z torem przerywanym (rano 36·4, wieczór 38·2° C.).

Wśród obserwacyi klinicznej zauważono:

4. Listopada. Stan podgorączkowy z torem przerywanym utrzymuje się stale; chory miewa nadto w nocy lub nad ranem poty rozpływne. Kaszel utrzymuje się stale.

8. Listopada. Siły chorego są mniejsze, apetyt gorszy. Stolec zaparty tak, że podawać trzeba środki rozwalniające. W plwocinie ciągle jednostajnie dotąd lepkiej, bezpowietrznej, ciągnacej się, pojawiać się zaczynają odosobnione skrzepy krwi, Wyraźniejsze porażenie lewego więzadła głosowego Duszność znaczna, oddechy nasilone i przyśpieszone, do 40 na minutę. Tętno 110. Stan gorączkowy z takiemi samemi, jak poprzednio zwolnieniami rannemi a nasileniami wieczornemi. Główne skargi chorego odnoszą się do bólów w ramieniu lewem i bólów przeszywających w klatce piersiowej po stronie lewej.

10. Listopada. Po stronie lewej z tyłu u dołu wyraźniejsze objawy wysięku opłucnowego. Objawy nieżytu oskrzelowego rozległego utrzymują się mimo podawania środków wykrztuśnych i przestrzegania bezwzględnego spokoju. Połykanie trudniejsze, przyczem chory czasem zachłystuje się.

14. Listopada. Plwocina krwawa ciągnąca się, lepka. Skrzepy krwi odosobnione pojawiają się jednak w coraz większej ilości. Wypociny opłucnowej po stronie lewej znacznie ubyło, natomiast powiększyła się ilość rzężeń w górnym płacie płuca lewego. Napady duszności przeważnie w nocy. W okolicy serca bóle kłójące, które przenoszą się ku górze, ku tyłowi i ku ramieniu lewemu Głos chrypliwy, mówienie nuży chorego i wywołuje większą duszność. Badanie nie wykazuje zresztą żadnych nowych szczegółów.

17. Listopada. Wieczorem koło godziny 8-mej podniósł się chory, aby przygasić światło. Wśród tego dostał gwałtownego krwotoku i wykrztusiwszy około 1 litra krwi, w parę minut skończył życie.

Rozpoznanie tego przypadku nie było trudne, ale zawsze znaglało do pewnych zastrzeżeń i pewnej ostrożności w sądzie. Od pierwszej zaraz chwili przypuszczano z wielkiem prawdopodobieństwem obecność tętniaka aorty. Ponieważ większa część objawów polegała na ucisku narządów śródpiersiowych, właśnie przyrodę tego ucisku należało dokładnie określić.

Chorobami, które mogły podobny ucisk wywierać, mogłyby być, zasadniczo rzecz biorąc, oprócz tętniaka, włókniste, bliznowate zmiany w płucu lewem i w śródpiersiu, uciskające płuco, pnie nerwów ramieniowych, przełyk i nerw krtaniowy górny, alboteż nowotwór śródpiersia z dalszymi następstwami ucisku na narządy sąsiednie.

Przypuszczenie sprawy włóknistej mogło się na pozór wydać nawet bardzo ponętnem. Z przypadkami takimi spotkać się można względnie dość często i na stole sekcyjnym i przy badaniu chorych. Punktem wyjścia dla zwyrodnień włóknistych bywają bądź sprawy ogólne jak kiła, przewlekłe zatrucie wyskokowe, zimnica, bądź też sprawy pozapalne w płucach i opłucnej, pylicze zwyrodnienie gruczołów oskrzelowych, zawały krwawe w płucach, powstające skutkiem wad sercowyah, lub t. p.

Umiejscowienie jednak sprawy włóknistej bywa zazwyczaj inne, aniżeli w naszym przypadku. Przedewszystkiem, jeśli ją wywołuje jakakolwiek choroba ogólna, to stwierdzić je można w postaci więcej rozsianej, a więc w licznych narządach, jak w płucach, sercu, wątrobie, nerkach; jeśli zaś podstawa choroby jest więcej miejscowej przyrody, to zwyrodnienie włókniste zazwyczaj także tylko ograniczoną zajmuje przestrzeń. W szczycie płuca, rozszerzając się często na opłucną i śródpiersie, pojawia się ta zmiana w pewnych postaciach gruźlicy płuc, zwanych gruźlicą włóknistą, z innych przyczyn, jak w następstwie pewnych postaci przewlekłego zapalenia płuc, pylicy, lub pyliczego zwyrodnienia gruczołów i zajmuje przedewszystkiem części najbliżej wnęki płuc położone. To było powodem, dla którego w danym

przypadku zmian włóknistych w śródpiersiu nie można było rozpoznać, tem bardziej, że nie tłómaczyłyby one w sposób dostateczny krwioplucia i stanu goraczkowego z torem przerywanym.

Przypuszczenie nowotworu śródpiersiowego było nieprawdopodobne wobec braku objawów, któreby wskazywały na istotną cherę (kacheksyą), jak nie mniej dla niemożności wykazania gdziekolwiek pierwotnego czyli macierzystego ogniska nowotworowego. Rozpoznaniu bąblowca płuc (*echinococcus*) to stało na przeszkodzie, że zmiany dotyczyły górnego płatu płuca i że rozpoznanie to samo przez się nie tłómaczyłoby dostatecznie ani krwioplucia i plwocin lepkich, krwawych, ani też tego rodzaju stanu gorączkowego.

Z konieczności więc rozpoznać należało tętniak części zstępującej aorty piersiowej. Rozpoznając tętniak, zdawało się, że można było wytłómaczyć wszystkie objawy, a więc przedewszystkiem objawy uciskowe, jak niedodmę górnego płatu płuca lewego, porażenie zwrotnej gałęzi nerwu krtaniowego, utrudnienie połykania i objawy uciskowego zapalenia nerwów splotu ramieniowego. Nawet i krwioplucie nie przedstawiało objawu tak bardzo niezwykłego. Wiadomą jest bowiem rzeczą, że tętniaki, które powstają nie skutkiem prostej rozstrzeni tętnicy (*aneurysma ex dilatatione*) ale są następstwem naruszenia ciągłości ścian tętnicy czyli inaczej mówiąc, wywołane częściowem jej pęknięciem (*aneurysma ex ruptura*) (Thoma) w miarę zaniku pozostałej resztki ściany tętnicy, będąc otoczone tylko sąsiednią tkanką, krwawią czas długi, zanim nastąpi śmiertelny krwotok [1]).

Pozostawała jeszcze do wytłómaczenia gorączka i lepkość plwocin. Dla gorączki można było szukać przyczyny albo w gruźlicy, albo w zmianach zapalnych w płucu lewem, z niedodmy powstałych, w wysiękowem zapaleniu opłucnej

---

[1]) P. Hampeln: Berliner klin. Wochenschrift 1892. s. 1000. — Tenże. Berliner klin. Wochenshrift 1894. s. 1177. — G. Puppe: Deutsche med. Wochenschrift 1894. s. 854. i 874.

po stronie lewej, dalej w możebnych zmianach zapalnych w układzie naczyniowym (*endarterisitis acuta*), albo też wreszcie przypuszczać, że skutkiem zachłystywania się wywołanego utrudnieniem łykania przyszło do ogniskowego zapalenia płuca z następowem wytworzeniem się ropni. Wobec tego jednak, że w plwocinach ani prątków gruźliczych, ani włókien sprężystych nie znaleziono, że rozmiary wysięku opłucnowego malały a mimo to stan podgorączkowy stale dalej się utrzymywał, lepkość zaś plwocin zdawała się odpowiadać następnemu zapaleniu w zakresie ugniecionego przez tętniak górnego płatu lewego płuca a przecież stanu gorączkowego dostatecznie nie tłómaczyła, przeto z jak największem prawdopodobieństwem odnoszono stan gorączkowy do świeżych zmian zapalnych bądź to na wsierdziu, bądź też na błonie wewnętrznej tętnicy głównej. Rozpoznano więc: *aneurysma aortae descendentis ssq. atelectasi lobi superioris pulmonis sinistri et pneumonia ex atelectasi cum pleuritide sinistra, paralysi nervi recurrentis sinistri, neuritide brachiali sinistra et endarteriitide acuta.*

Sekcya wykonana w zakładzie anatomii patologicznej prof. Dra Browicza, potwierdziła w zasadzie rozpoznanie kliniczne, rozjaśniła jednak przypadek przez wykrycie utajonych dla badania klinicznego zmian w górnym płacie płuca lewego. A mianowicie w górny płat płuca lewego wrastał tętniak wychodzący z części zstępującej tętnicy głównej a płat ten okazywał zupełne zwyrodnienie włókniste. Ściany tętniaka w znacznej części zanikły tak, że od tyłu brzegi ubytku, powstałego skutkiem zaniku ścian tętniaka zrosły się z tkanką otaczającą kręgosłup a w częściach bocznych i po części przednich ściany tętniaka stanowiły starsze skrzepy krwi, warstwowo ułożone. Prócz tego stwierdzono we włóknisto zwyrodniałym, górnym płacie płuca lewego drobne nacieki gruźlicze, tu i owdzie około oskrzeli rozsiane, w których prątki Kocha dały się wykazać. Ważnym również szczegółem było wykrycie ropnia wielkości orzecha włoskiego w tylnej części tegoż płatu. Zresztą prócz rozleg-

łych zrostów w obu jamach opłucnowych, miernego wysięku surowiczego w jamie lewej, znaczniejszego nieżytu oskrzelowego obustronnego i świeżych skrzepów krwi w oskrzelach płuca lewego i w tchawicy, żadnych ważniejszych zmian nie było. Błona wewnętrzna tętnicy głównej przedstawiała zmiany miażdżycowe w postaci nacieków i owrzodzeń. Serce nie powiększone, mięsień nieco wiotki, brunatno ubarwiony. Wątroba przekrwiona. Śledziona przedstawia cechy obrzęku ostrego.

Badanie pośmiertne posłużyło więc przedewszystkiem do stanowczego wyjaśnienia przyczyny gorączki a więc owego szczegółu, do wytłómaczenia którego musiano za życia uciekać się do innych, a jak się okazało, mylnych przypuszczeń. Podejrzywanych za życia zmian zapalnych na wsierdziu nie znaleziono, natomiast przyczyna gorączki tkwić musiała nie gdzieindziej, jak w ropniu wśród miąższu płuca lewego, który powstał skutkiem zachłystywania się pokarmami. Ropnia tego za życia nie rozpoznano, gdyż ropień tej wielkości, usadowiony w miąższu płucnym zgęszczonym a treści swej do oskrzeli nie wylewający, rozpoznać się nie da. Ani gruźlica około-oskrzelowa, tak skąpo rozsiana w płacie górnym płuca lewego, ani wrzody miażdżycowe na wewnętrznej powierzchni pnia aorty, gorączki takiej wywoływać nie mogły.

Zamiast spodziewanej niedodmy uciskowej górnego płatu płuca lewego wykazała sekcya zmiany włókniste i skąpe, rozsiane ogniska gruźlicze.

Na powstanie marskości płuca złożyło się kilka przyczyn a więc w pierwszym rzędzie przebyte zapalenie płuc i opłucnej lewej, które polegać musiało na istniejących już naciekach gruźliczych, w drugim zaś ucisk, jaki wywierał tętniak, rozrastając się w miąższu płucnym. Gruźlica płuca, mimo że wywiady za nią przemawiały, nie została rozpoznana, gdyż była to gruźlica okołooskrzelowa i w tym okresie rozwoju, w którym prątków gruźliczych w plwocinie się nie napotyka. Objawów zresztą innych nie dawała.

Również niespodzianką były zmiany włókniste w szczycie płuca lewego. Klinicznie przedstawiały się one jako niedodma uciskowa, powstała skutkiem ugniotu tętniaka.

Pomimo, że badanie pośmiertne wykazało miażdżycowe zmiany w tętnicy głównej, dostatecznie powstanie tętniaka tłómaczące, to przecież szybki jego rozrost i tak znaczny ubytek w jego ścianach, znagla do tego przypuszczenia, że zmiana włóknista, tocząca się w szczycie płuca lewego i w lewej opłucnej na tle gruźlicy i przebytego zapalenia płuc i opłucnej, wpływała od zewnątrz na powiększanie się i przebieg tętniaka.

Objawów klinicznych bezpośrednich, których odnośnie do narządu krążenia w obec tak znacznej wielkości tętniaka spodziewaćby się należało, nie było prawie żadnych. W szczególności nie spostrzeżono różnicy w sile tętna w tętnicach odchodzących z tętnicy głównej poniżej tętniaka; tem więcej nie zauważono opóźniania się tętna w tych tętnicach. Zależało to od wysłania jamy tętniaka warstwami skrzepów krwi i od przylegania jego ścian z jednej strony do kręgosłupa a z drugiej do stwardniałego miąższu płucnego. Że skrzepy owe tak długo chroniły od zupełnego i nagłego pęknięcia tętniaka, dozwalając tylko na dłuższe sączenie się krwi do oskrzeli, przypisać należy niskiemu parciu krwi. Gdyby równocześnie był istniał przerost lewej komory serca, wywołany znaczniejszą miażdżycą tętnic obwodowych, lub marskością nerek, pęknięcie ścian tętniaka byłoby niewątpliwie nastało wcześniej.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1896. Nr. 14.

Kraków, 1896.— Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.